

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	0990600116		
法人名	社会福祉法人 大恵会		
事業所名	グループホームみょうじん		
所在地	栃木県日光市明神1000番地1		
自己評価作成日	平成29年5月12日	評価結果市町村受理日	平成29年10月11日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	p/wamapp1/hyoka/003hyoka/hyokekka.nsf/aHyokaJisseki?OpenAgent
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 栃木県社会福祉士会		
所在地	宇都宮市若草1-10-6 とちぎ福祉プラザ3階 (とちぎソーシャルケアサービス共同事務所内)		
訪問調査日	平成29年5月25日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<ul style="list-style-type: none"> ・地域と連携した地域福祉づくり ・昨年8月より日光市から「認知症カフェ事業」を受託し地域の店舗を借用して、地元で採れた野菜の提供を受け、認知症の方を含む多くの地域ボランティアスタッフが関わり、毎月30～40人の住民の方がカフェを訪れ食事や音楽演奏・合唱と会場が一つになり楽しいひと時を過ごしている。その中で事業所ケアマネが介護相談に応じ、介護や認知症で不安を抱えている方への支援を行っている。 ・見守りの強化と夜勤者の業務負担軽減 ・昨年度、医療連携体制と看取り体制を整え利用者の日々の健康に注意を払っている。更に強化するため今年度、心拍、呼吸を感知する生体センサーと人感センサーを組み合わせた「見守りシステム介護ロボット」を導入し、日常の健康状態の把握と離床の際の転倒事故を未然に防ぎ、併せて夜勤者の見守り業務の負担軽減を図っている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人大恵会「GHみょうじん」は、東武日光線 明神駅より徒歩5分の所に位置している。事業所に小規模多機能型ホーム・共用型デイサービスが併設しており、隣接には養護老人ホーム「晃明荘」がある。 ・開所から5年、晃明荘の協力を受け近隣の幼稚園・小・中学校との交流を深めてきた。学校の生徒が来訪し、利用者との交流の機会を設けている。また、昨年8月より日光市より受託した「認知症カフェ」は地域のボランティアの協力を得て開催している。 ・運営推進会議では①入居状況②事故状況③その月の行事に分けて議論して、参加メンバーの意見を積極的に取り入れている。 ・事業所はタブレットを活用して記録を見ることや、利用者が寝た状態でバイタルを測るシステムなどのITを取り入れて利用者支援を行っている。そうすることで職員の生産性も向上している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	職員間で理念を念頭に日々の業務に取り組んでいるが、現在、理念をもとに「業務の手引き」を作成中で、手引きをもとに職員研修と実践を重ね、更に利用者本位の支援に取り組んで行く。	グループホームの理念を3つ掲げている。利用者本位を中心にした理念となっている。また事業所は、職員全員に理念が浸透するように「業務の手引き」を作成中である。	業務の手引きを完成させ、全職員が統一した利用者本位の支援に取り組むことを期待します。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	毎月1回、認知症カフェの開催に当たり、地域のボランティアで構成するスタッフ会議を開き、メニューの検討や前日の調理準備をして当日を迎えている。地域福祉の一役を地域の方と一体となって支えていく。	晃明荘の協力を受け、近隣の幼稚園・小・中学校と交流を重ねてきた。自治会への加入もあり、日常的に地域と交流を行っている。昨年より始めた「認知症カフェ」では地域のボランティアの協力が毎回あり賑わいを見せている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域で介護や認知症に悩む方などを対象に、気軽に立ち寄り相談できる介護相談所を事業所内に開設するよう準備を進め、近日に案内看板の設置や地域への周知を図る予定である。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	議題の一つに、「地域で抱える介護問題」を取り上げ、事例検討を行いそこから見える地域の介護の現状と課題を共有し、地域資源等をいかに活用しながら問題に解決につなげ行くかを話し合っている。	利用者の家族・地域関係者・行政職員が出席し2ヶ月に1回開催している。運営推進会議では①入居状況②事故状況③その月の行事に分けて議論して、参加者の意見を積極的に取り入れている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	介護制度の解釈やその取り扱いについて疑問が生じたときには、随時市担当の指示を仰ぎ、適切な制度活用に努めている。	市の担当者は運営推進会議の参加もあり、利用者の状態の変化や支援における困難なことなどを随時相談できる関係となっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束禁止の具体的な行為を理解し安全面に配慮し取り組んでいるが、外出願望が強く静止を振り切り外に出ようとする利用者には、その都度、家族と相談し理解の上で、玄関ドア出入りの制限して見守り付添いを行い、利用者の安全を図っている。	身体拘束に関するマニュアルがあり、職員へ周知している。日々の支援の中で確認し合い、身体拘束をしないケアの実践に繋げている。	委員会の立ち上げや、当事業所に沿った具体的な身体拘束についての事例を学べる研修の開催を期待します。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	スピーチロックや利用者が不快や悲しみと感じる行為が行われないよう、専門講師を招き研修を行うなどして、倫理観と法令の徹底を図り日常業務に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見制度に係る冊子を各職員に配布し、判断能力に応じた後見制度の種類などを理解して、必要に応じた活用方法を職員間で話し合っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	新規利用はもとより、介護保険制度の一部改正があった場合は改正された理由や報酬額の変更など詳細に説明し、理解を得て契約や重要事項説明書等にサインを頂いている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族の面会の際や電話などを通じ、事業所での出来事や本人の心身状態などの近況を伝え、会話から頂く意見等を活かし支援に努めている。	毎月、家族へ活動の予定や状況などを載せた事業所だよりを発送している。また家族の希望により利用者の生活記録も送り、家族は事業所で何が行われているか把握し意見を出しやすいようにしている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	併設する小規模多機能型ホームとの週1回の打ち合わせ会議や月1回の職員会議で、日ごろ気づいた意見を持ち寄り話し合い、改善が必要な場合は意見を反映した方策を見出し業務を進めている。	全体会議やミーティングを通じ、業務中で気づいたことを皆で話し合う機会を定期的に設けている。また、管理者は日頃より職員が話しをしやすい雰囲気作りや意見を取り入れることで、職員の仕事に対するモチベーションアップに繋げている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	共用型デイを開始したことで、重度認知症利用者への対応に追われて職員の過重な負担となっているため、限られた職員数で効率的で安全・安心な業務を遂行するため、見守り介護ロボットシステムを導入し、夜間における職員の業務負担の軽減を図っている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	新任職員には就任時に基本理念をはじめとする業務全般にわたり3日間の研修を行うほか、経験者には認知症実践者研修の受講など積極的に参加する機会を設け、職員の育成強化を図っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	新規事業に取り組む際などは市内の同業者を訪問し、情報の提供を受け意見交換を行い一事業所では気づかない点の情報が得て、それらを参考に事業に取り組んでいる。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	傾聴やコミュニケーションを積極的に行い利用者との信頼関係を築き、利用者が不安を少しでも心に留め置かず安心して生活していける様に努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	利用の際には利用者本人・家族の双方から話を聞き、ホーム生活で何を望んでいるかなど話し合い、相互の信頼関係を築くよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	利用開始時の聞き取り調査において、本人及び家族が求める支援を把握し、ケアマネを中心に職員間で話し合い、適切な介護計画を立て必要なサービスを提供している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者の身体の状態などを考慮し、利用者が希望しできそうな作業(ゴミ捨て・洗濯物たたみ・調理など)を職員と一緒にいき、生きがいを感じながら日々を過ごしていただくよう努めている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	手紙やホームは発行する広報紙を通じ、ホームへでの行事への参加を呼びかけ、特に敬老会はできる限り家族に参加してもらい一緒に祝う。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ホーム利用前からの付き合ってきた方の面会の受け入れや手紙や電話のやり取りを進め、これまで築いてきた関係を大切に、また、外出時は希望する馴染みの場所に行けるように努めている。	若い頃に散歩した公園や、孫の運動会参加の為の外出支援など、本人が今まで築いてきた関係を個々に知り、関係性が入居後も途切れることなく継続できるよう支援している。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士親しい関係において、相互に居室を訪れコミュニケーションを図ったり、レクリエーション時には協同で作業を完成させるなど、互いに協力し日々の生活を送れるようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価		
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービスを終了した後も連絡を取り、その後の生活の近況を聞きながら、本人や家族が困っていることがある場合は相談などの応じている。				
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント							
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	一人ひとりこれまでどんな暮らしをしてきたかを家族から情報を得、職員同士で共有している。また、得た情報を基に寄り添い利用者本位の支援に心掛け支援経緯をケースに記録している。	居室担当者を設定して、日々の関わりの中から本人の思いや意向を聴きとる努力をしている。各利用者の思いや意向を実現するために、各月の事業所の行事で行っている。			
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメントシートや日々の会話等から、これまでの生活歴や環境の把握に努めている。				
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日中や夜間で、気持ちの波や体調、意欲の変化を見極め、本人の生活リズムを尊重しながら、状況に応じた声掛けするなど支援を行っている。				
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画に基づき行う支援の内容をケアマネを中心にカンファレンスやミーティングを行い実施により見てきた課題などを話し合いその都度必要なサービス内容に変更しながら支援を行っている。	日々の暮らしの中から見えてくる個々の課題について、記録などを活用したカンファレンスが日常的に行われている。本人や家族の意向を取り入れた話し合いの場も定期的に設け、モニタリングを経た介護計画書が作成されている。			
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の支援の中コミュニケーションから本人の思いを聞きとめまた、家族と接触から家族の意向を聞くなどして把握に努めている。				
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	理学療法士に月2回ホームに来所して頂き、利用者の身体状態に合わせた機能訓練を個別と集団で行い、身体機能の維持に努めている。				

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地元長寿会との定期的な交流会の中で、市保健師による健康教室や地域包括支援センター看護師の介護予防教室等を開くなど、地域資源を活用し取り組んでいる。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	利用者に体調変化が見受けられたときは看護師と話し合い、家族の協力のもとかかりつけ病院や協力病院を受診し、医師からホーム生活における注意事項などの指示を仰ぎ、指示に基づき観察を行いながら健康管理に注意を払っている。	本人及び家族の希望のもと、かかりつけ医の受診を勧めている。家族は事業所から生活状況の記録など情報を得て、利用者と一緒に受診している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	併設した小規模多機能型ホームの看護師の協力を得て毎日のバイタルチェックを行うほか、医療連携でホームを訪れる外部看護師と情報交換し、適切なアドバイスを受けながら利用者の健康管理に努めている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。また、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が退院する際は病院に伺い、医師やケースワーカーから治療の経緯や退院後の注意事項などを聞きだし、得た情報をもとに適切な支援に心がけている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	利用者本人や家族の意向を常に確認しながら、重要化しホームにて終末期を迎えることを希望する利用者に対し、往診する医師と連携を取って安心して穏やかに過ごせる環境を整えている。	家族の意向から、事業所は看取り介護に取り組む体制を整えている。また、看取りに対する医師との連携や職員の研修も行っている。また、重度化や終末期に向けてのことを運営推進会議でも取り上げて議論している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時対応マニュアルを作成し状況に応じてすべての職員が対応できる体制を整えるとともに、医療連携での外部看護師の24時間オンコール体制を整え急変時に備えている。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	運営推進会議のメンバーが参加し消防避難訓練を行い、体験感想を参考に避難方法を再確認しよりスムーズな避難方法を見出す。また、地元自治会と災害相互協力書を取り交わし、地域と連携した災害対策を講じている。	地域の方も一緒に定期的に避難訓練を実施している。煙を焚いての避難など実践しながらの訓練を行っている。地震の際の避難先は晃明荘となっており、職員に周知されている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者中心の支援を心掛け、食事やレクリエーションは居家で楽しみ、本人の意向に沿ったきめ細かい配慮に努めている。	日々の生活の中から思いを汲み取り、本人にとって触れてほしくないことなどを判断してコミュニケーションをとっている。年長者に対する尊厳や言葉使いにも十分留意して支援している。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	外出で行きたい所、外出時に買いたい物、外食で食べたい物、入浴時の着替えなど、本人が選び、好むものに対応している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	日によって入浴やレクリエーションの参加を望ましい場合は、その気持ちを聞き本人の意向に沿い、本人のペース合わせ支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	市内理髪店により定期的な散髪機会を設け、髪形も希望に沿って散髪し、パーマをかけたい利用者は家族の付き添いのもと美容室に出向くなど、常に清潔感をもっておしゃれに過ごされるよう努めている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食べたい食事を聞き、季節感を感じる献立を立てている。食事前には嚥下体操を行い安全な食事に心がけ、調理や片付けは一人ひとりの力を活かしながら職員と一緒にやっている。	献立は利用者の希望を聴き作成している。ご飯以外にも、お好み焼きやラーメンも提供している。おはぎを一緒に作ったり、バーベキューなどの調理することも楽しみとなっている。食前は嚥下体操を行い食後は、其々片づけをして口腔ケアを実行している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎月、体重測定を行い体重に変動を考慮し、毎回の食事カロリー計算を行い、その人に合った食事を提供している。水分補給は年間を通してお茶やポカリスエットなどを勧め、夜間でも暖かい飲み物を提供して健康管理に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	市内歯科医院の医師と歯科衛生士による居宅療養管理指導を受け、アドバイスのもと食前の口腔体操、食後の口腔ケアの実施に努めている。また口腔内の痛み等あった時は医院に連絡しアドバイスをいただいている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	日中は排泄はほぼ自立され、必要に応じてハビリパンツを使用している方もいる。体調不良時に夜間、ポータブルトイレ使用している方もいるが、昼夜の状態を把握し便通についても体操やおなかのマッサージなど声掛けしている。定期的の時間でトイレ誘導している方もいる。	自尊心に配慮して、利用者のペースで声掛けを行い介助をしている。出来るだけトイレでの排泄を大切にして、本人の希望でパットやリハビリパンツを使用している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎日、軽体操などで身体を動かし、また、食材は食物繊維を多く含んだものを使用し、水分補給も適量を摂取できるようおこなっている。便秘時は看護師の協力を得て薬をむやみに頼らず自然排便が出来るよう取り組んでいる。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	お風呂に早く入りたい方、また最後がいい方など利用者の希望に合わせて入浴を行い、また、季節に合わせた浴巾など春夏秋冬を楽しむ工夫をしている。年1回は外出し温泉に入りに行く行事もある。	お風呂にゆっくり浸かりたい人は順番を後に回したり、職員が一方的に決めずに本人の意向に添った対応をしている。年に一度、日帰り温泉に出かけている。職員も一緒に温泉に入り、利用者が安心して入れるように支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	季節、天候や体調に合わせて掛物、空調の調整をし、快適に休んで頂くため、環境作りに努めている。また、日中の個人の疲れ具合に合わせて、個別に休息を取り入れている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	併設の小規模多機能型ホームの看護師や医療連携と連携を図り、利用者1人ひとり処方されている薬の処方内容を把握し、全職員がその内容を理解したうえで服薬支援を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	季節に合わせて貼り絵をしたり、出掛けたい所、やりたいことを聞き入れ外出などに出掛けている。食事の準備やお血洗い、お血拭きの手伝いや敷地内の畑作業と収穫体験など、多様な形態の過ごし方に工夫している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	年間行事で外出の機会を設けるほか、天気がいい日には散歩に出掛けたり、利用者の方から行きたい場所があれば聞いて外出したりしている。	カラオケボックス、買い物、土用の丑の日ランチなど、普段ではなかなか行けない所へ、出かける支援が事業所の年間行事に取り入れられている。また、お彼岸のお参りや孫の運動会参加など、利用者に応じた外出の支援が家族等の協力のもと行われている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	「利用者預り金規程」を設け、一定額の金銭を預かり、本人が希望する品物を購入し要望に応じている。預り金は月末に締め、家族に支出状況を毎月報告し収支を確認する。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	本人が家族に電話を掛けたいと希望されるときは電話を繋いだり、事業所で敬老会を開催するときは家族に招待状を送り、一緒に祝ったりしている。毎年、家族や友人と年賀状のやり取りを行っている。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居間や出入り口やフロアーの空間に季節に合った飾り付けや、散歩に行った利用者様が外に咲いている草花を取って飾り、外庭に畑を作りを行い、居心地のよい生活環境に努めている。	オープンキッチンのため、調理しながら利用者と話ができる。キッチンのテーブルを低くして利用者が配膳の手伝いができるように工夫している。リビングには皆で寛げる大きなソファもあり、リラックスできる環境がある。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	気の合う利用者同士が自分の部屋に招き歓談したり、一人で過ごしたいときは自分の部屋で過ごされ、本人の意思を大切に居場所の工夫・対応をしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室にお好みの小物を置き、好きな本を読んで過ごすなど、本人の居心地良い居住環境を整え支援をしている。	家から使い慣れたものを自由に持ち込める。部屋の入口に表札を付けて、自室として認識できるようにしている。また、家族が部屋に泊まれるように簡易ベッドを用意している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	各部屋に表札を掲げ、安やげる自分の居場所での時間と空間を確保し、また、共用スペースにおいて利用者同士や職員と共に過ごすなど、利用者の意思や生活リズムを尊重した日課が送れるよう支援している。		